

Воробей А.В., Подгайский В.Н.,  
Фурсевич А.М., Бондарь А.С.,  
Ивашко М.Г., Хваль А.И.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ФОРМИРОВАНИИ  
ИЛЕОАНАЛЬНЫХ ТАЗОВЫХ  
РЕЗЕРВУАРОВ**

/ Минск /

Около 20 лет назад А.Паркс и Ж.Утсумия впервые предложили после колпроктэктомии как альтернативу пожизненной концевой илеостоме формировать «J»- или «S»-образный тонкокишечный резервуар, путем мобилизации брыжейки низводить его в малый таз и анастомозировать с анальным каналом. Однако широкое внедрение резервуарных методик сдерживается высоким уровнем гнойно-воспалительных осложнений в полости таза, которые по сборной статистике отмечены более чем в 40% наблюдений. Частота резекции резервуара по поводу его декомпенсированной ишемии достигает 10-15%. При традиционных методиках для удлинения брыжейки подвздошной кишки обычно пересекались и легировались основные стволы верхнебрыжеечных артерий и вены (ВБА и ВБВ).

В анатомическом и клиническом эксперименте нами установлено, что у 38,4% людей имеется немагистральный тип строения ВБА, либо невыраженный анастомоз между конечным отделом ее основного ствола и подвздошно-ободочной артерией. В этой группе в 20,2% наблюдений при стандартных приемах удлинения брыжейки возникает стойкая ишемия резервуара, а у 18,2% - традиционными методами достаточно удлинить брыжейку и низвести резервуар до анального канала вообще невозможно.

Анализируя вышеизложенные факты, мы пришли к выводу, что основной причиной гнойно-воспалительных осложнений после колпроктэктомии и формирования илеоанальных тазовых резервуаров является ишемия последних.

Для обеспечения достаточного кровоснабжения дистального отдела тонкой кишки нами предложены способы свободного низведения резервуара до анального канала путем транспозиции верхнебрыжесчных сосудов из аорты в соответствующие подвздошные сосуды. В эксперименте установлено, что удлинение илеотрансплантата при этом составляло  $13 \pm 3,7$  см. Методики выполнимы при любой анатомии брыжейки. Имеется патентная защита предложенных нами способов операций.

Впервые успешно выполнено три подобных операции в клинике. В двух наблюдениях формировали «J»-образный, в одном — «S»-образный резервуар и анастомозировали их с анальным каналом с помощью сшивающих аппаратов «Просимат». Артериальный и венозный сосудистые анастомозы формировали по типу «конец в бок» с помощью микрохирургической техники. В одном наблюдении имелись явления частичной спаечной кишечной непроходимости, излеченные консервативно. Гнойно-воспалительных осложнений не было. По завершении лечения пациенты имеют стул 3-4 раза в сутки, социально адаптированы, удовлетворены результатами операции.

Таким образом, предложена новая технология хирургической реабилитации больных с неспецифическим язвенным колитом и диффузным семейным полипозом. При этом после колпроктэктомии обеспечивается надежное кровоснабжение тазового тонкокишечного резервуара.